

All.to B)

SCHEMA INFORMALE ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA

Al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale Cn2

Via Vida, 10 - 12051 Alba

Il/La sottoscritt Dott. ....chiede di poter partecipare all'avviso pubblicato sul sito aziendale in data 03/01/2024 per la formazione di due graduatorie "aperte" di disponibilità per il conferimento di incarichi a tempo determinato e di sostituzione

- o nel ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex guardia medica): opzione obbligatoria
- o presso le Struttura C.A.V.S. di Canale d'Alba / Verduno

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

b) di essere residente in Regione Piemonte dal \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

c) tel. \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

d) di essere/non essere in possesso della patente di cat. B n. \_\_\_\_\_ valida fino al \_\_\_\_\_

e) di essere iscritto all' Albo dell' Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

f) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data \_\_\_\_\_ con il seguente punteggio \_\_\_\_\_

g) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina Generale o titolo equipollente come previsto dai DD.LL.vi n.256/91, 368/99 e 277/03;

h) di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno \_\_\_\_\_

i) di avere/non avere acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale

j) di frequentare/non frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale;

k) di avere/non avere acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994

l) di frequentare/non frequentare un corso di specializzazione;

m) di aver prestato/prestare servizio come medico di Continuità Assistenziale nell'ASLCN2, presso la Casa di Reclusione di Alba o presso la Struttura C.A.V.S. dell'Asl cn2 a decorrere dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_

che l'indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) obbligatoria al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative al pubblico avviso è il seguente: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt ,ai sensi del D.Lgs 30.06.2003 n. 196, autorizza, per le finalità di gestione dell'avviso e controlli sulla veridicità delle autocertificazioni fornite, il trattamento dei propri dati.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Allegare alla presente copia fotostatica ancorché non autenticata di un documento di identità.

**N.B.:\* L'iscrizione al servizio di continuità assistenziale è sempre obbligatoria. In aggiunta, il medico potrà barrare anche la casella relativa alle Strutture C.A.V.S. di Canale d'Alba e Verduno.**